

**ANA CLÁUDIA DUARTE RODRIGUES**

**ASPECTOS CLÍNICOS DA HEMORRAGIA DIGESTIVA  
BAIXA EM PACIENTES IDOSOS INTERNADOS NO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina para  
Conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2000**

**ANA CLÁUDIA DUARTE RODRIGUES**

**ASPÉCTOS CLÍNICOS DA HEMORRAGIA DIGESTIVA  
BAIXA EM PACIENTES IDOSOS INTERNADOS NO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina para  
Conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Presidente do Colegiado do Curso: Prof. Dr. Edson Cardoso**

**Orientador: Prof. Dr. Vanir Cardoso**

**Co-orientador: Dr. Carlos Alberto Gaedtke**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2000**

Rodrigues, A. C. D.

*Aspectos clínicos da hemorragia digestiva baixa em idosos internados no Hospital Universitário. Florianópolis, 2000.*

41p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina para  
Conclusão do Curso de Graduação em Medicina – UFSC

1. Causas 2. Hemorragia Gastrointestinal Baixa 3. Idoso

## AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, a Deus, cuja bondade concedeu-nos o privilégio de estarmos ocupando este lugar tão desejado por milhares de jovens em todo o mundo.

Ao povo brasileiro, anônimo, cujos recursos extraídos de impostos muitas vezes exorbitantes, garantiram-nos a sustentação deste curso.

Aos meus pais, pelo apoio contínuo, manifestação concreta do amor que sempre dedicaram a seus filhos.

À toda minha família, por assim sê-la.

Ao corpo docente e funcionários da faculdade de Medicina da UFSC, que proporcionam o desenvolvimento do curso.

Aos professores da cadeira de Gastroenterologia, que propagaram os conhecimentos necessários para gerar o interesse maior nesta especialidade.

Em especial ao Prof. Dr. Vanir Cardoso, professor da mesma disciplina, através de cuja sabedoria, solicitude, disponibilidade e carinho, tive orientação fundamental, sem a qual não conseguiria realizar este trabalho.

Ao médico residente Dr. Carlos Alberto Gaedtke, pela presença crucial em todos os momentos, principalmente naqueles de maior necessidade, pelo desprendimento, pela paciência e pelo crédito em mim depositado.

Ao paciente, a quem não queremos deixar em vão seu sofrimento, pelos dados extraídos de seus registros, material para, quem sabe ajudar outros no futuro próximo.

A muitos amigos que, de várias formas interferiram na consecução deste projeto, especialmente Dra. Maria Del Rosário, Dr. Cláudio, Dra. Blandina, Patrícia, Laura, Cassiana, Murilo, Raphael, Haroldo.

Ao meu “cúmplice” de internato, Juliano, por todos os momentos partilhados.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>10</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1. Perfil dos pacientes.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2. Sinais e sintomas.....</b>	<b>12</b>
<b>4.3. Internações anteriores.....</b>	<b>13</b>
<b>4.4. Comorbidades.....</b>	<b>14</b>
<b>4.5. Medicações em uso.....</b>	<b>15</b>
<b>4.6. Quadro hemodinâmico.....</b>	<b>15</b>
<b>4.7. Exames complementares.....</b>	<b>16</b>
<b>4.8. Diagnóstico etiológico final.....</b>	<b>18</b>
<b>4.9. Destino dos pacientes.....</b>	<b>19</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>31</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>32</b>
<b>8. NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>35</b>
<b>9. RESUMO.....</b>	<b>36</b>
<b>10. SUMMARY.....</b>	<b>37</b>
<b>11. APÊNDICE.....</b>	<b>38</b>
<b>11.1. Protocolo para coleta de dados.....</b>	<b>38</b>
<b>11.2. Outros resultados.....</b>	<b>39</b>
<b>11.2.1. Raça.....</b>	<b>39</b>
<b>11.2.2. Faixa etária.....</b>	<b>39</b>
<b>11.2.3. Origem dos pacientes.....</b>	<b>39</b>

<b>11.2.4. Hábitos de vida.....</b>	<b>40</b>
<b>11.2.5. Período de internação .....</b>	<b>40</b>

# 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população mundial apresentou mudanças em seu padrão de crescimento demográfico. Teve quedas razoáveis em sua taxa de natalidade e mortalidade infantil e um aumento na expectativa de vida ao nascer. Conseqüentemente, estes fatos provocaram um aumento na população idosa, denotando uma melhoria considerável nos fatores sócio-econômicos da sociedade<sup>1-3</sup>.

Acompanhando este fenômeno evolutivo, a prática médica passa por um processo de “geriatriação”, caracterizado por uma utilização dos serviços de saúde por um número cada vez maior de idosos, comparando-se à população mais jovem, no sentido de cura, prevenção ou cuidados paliativos<sup>4</sup>.

Sendo assim, seria de se esperar um proporcional aumento no número de queixas e internações hospitalares referentes ao envelhecimento, embora este processo não deva ser o único determinante das manifestações gastrintestinais, ou quaisquer outras, nesta parcela mais velha da população<sup>5</sup>.

A hemorragia digestiva baixa (HDB), definida como um sangramento originado em um ponto do trato digestório abaixo do ângulo de Treitz, é um problema médico comum, apesar de pouco freqüente quando comparado à hemorragia gastrintestinal alta (HDA)<sup>5,6</sup>. É também responsável, muitas vezes, pela admissão hospitalar de urgência nos Estados Unidos<sup>7</sup>.

Pode-se apresentar clinicamente de diversas maneiras. Como sangramento vivo ou vinhoso, associado ou não às evacuações; eliminação de fezes enegrecidas e fétidas; até mesmo, vômitos de conteúdo sanguinolento, porém estes últimos denotam HDA<sup>6</sup>. Outro aspecto é que nem sempre se encontra diretamente relacionada com a etiologia e o local de sangramento.

Liga-se principalmente à idade do paciente, ao uso prévio de medicamentos ou à presença de comorbidades, além da intensidade da perda de sangue e da velocidade do trânsito intestinal.

Isto é especialmente verdadeiro no caso do idoso, que por vezes apresenta entidades sangrantes semelhantes àsquelas presentes em pacientes mais jovens, assim como outras lesões típicas do envelhecimento.

O diagnóstico fica prontamente evidente após a coleta de dados da história clínica e exame físico (notando-se a importância da ectoscopia anal e toque retal), complementados com exames laboratoriais e de imagem.

Eventualmente, os locais que deram início à eliminação hemática não são identificados durante a investigação em grande parte dos pacientes, o que gera certa confusão diagnóstica e imprecisão estatística, pois muitas destas vezes a lesão já se encontra em repouso, sem determinar sinais ou sintomas.

Durante os últimos setenta anos, as idéias acerca do sangramento gastrointestinal baixo no idoso mudaram conforme o progresso dos métodos científicos ao longo do período.

Nos anos 20, admitia-se que a maioria dos casos provinha de neoplasias colônicas, benignas e malignas.

Somente nos anos 50, reconheceu-se que os divertículos seriam fonte importante desta exteriorização.

Inicialmente, a diverticulite era considerada como sendo a forma de doença diverticular responsável por tais episódios. Todavia, a seguir, ficou claro que a diverticulite só raramente está associada a perda macroscópica, e os divertículos colônicos, quase em sua totalidade de casos, sangram na ausência de inflamação. Assim, nos anos 60, com o advento da colonoscopia, a diverticulose (doença diverticular do cólon), comum no idoso, passou a ser a principal causadora<sup>7,8</sup>.

No início dos anos 70, com a introdução da angiografia seletiva, as anormalidades vasculares cecais (angiodisplasias ou ectasias vasculares) eram responsáveis pelo sangramento em muitas circunstâncias.

Segundo estudos de Baum et al, de 1977, e Boley et al, de 1979, revisados por Reinus, JF e Brandt, LJ<sup>8</sup>, as ectasias vasculares seriam tão importantes ou até mais que a diverticulose, como causa de hemorragia gastrintestinal baixa em pessoas com mais de sessenta anos de idade.

Outras causas são as neoplasias do trato gastrintestinal inferior, já citadas, isquemias colônicas e inúmeras patologias não-específicas de qualquer grupo etário, tais como doenças inflamatórias e infecciosas, hemorróidas internas, colite induzida por radiação, correspondendo a cerca de 20% das causas determinantes de tal queixa. Segundo Rosen, AM e Fleischer, DE<sup>9</sup>, destas a mais comum seria, no idoso, a colite isquêmica.

Como forma de contribuir para análise geral e conhecer a situação local, resolveu-se estudar casos de pacientes idosos internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), com diagnóstico de HDB.

## 2. OBJETIVOS

Verificar, em pacientes acima de sessenta anos, internados no HU-UFSC, aspectos relevantes da HDB nestes pacientes. Tais como:

1. manifestações clínicas mais comuns;
2. distribuição da síndrome por sexos;
3. presença de comorbidades associadas;
4. relação com o uso de medicamentos;
5. principais etiologias;
6. repercussão hemodinâmica e frequência de óbitos;
7. exames complementares importantes no diagnóstico.

### 3. MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e descritivo.

Durante o período de 03 de janeiro a 15 de março de 2000 realizou-se a coleta de dados referentes a 16 pacientes com idade superior a 60 anos internados nas enfermarias de Clínica Médica Masculina I e II e Feminina do HU-UFSC.

Foram selecionados os respectivos prontuários com base em dois pré-requisitos: idade acima de 60 anos e diagnóstico de HDB ou sinais de perda sanguínea gastrointestinal no momento da internação.

Os prontuários foram obtidos de livros de registros manuscritos presentes nas respectivas enfermarias.

A data dos registros iniciava em 01 de março de 1998, sendo que a data final da observação dos registros foi de 01 de janeiro de 2000, época em que se seguiu a coleta dos dados.

Ao todo, 53 prontuários foram selecionados. Recorreu-se ao SPP (Serviço de Prontuário do Paciente), antigo SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) para pesquisa de tais prontuários.

Destes, 16 prontuários foram utilizados para o trabalho, sendo 37 excluídos devido ao fato de ocorrer diagnóstico errôneo na internação, ou dos sintomas como anemia, hematêmese, melena, enterorragia, hematoquezia, serem mal-interpretados e não corresponderem ao diagnóstico correto de HDB.

Elaborou-se um roteiro para a obtenção dos dados dos prontuários. Tal roteiro e protocolo de pesquisa pode ser conferido no capítulo apêndice. Este roteiro abrangeu muitos dados de história clínica anterior à internação e da

evolução do paciente. Foram reunidos alguns dados em subgrupos e destes, partiu-se para a discussão.

Foram dados discutidos:

1. sexo dos pacientes;
2. sinais e sintomas;
3. internações anteriores;
4. comorbidades;
5. medicações em uso;
6. quadro hemodinâmico;
7. exames complementares;
8. diagnóstico etiológico final;
9. frequência de óbitos.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Perfil dos pacientes:

Dos 16 pacientes internados com diagnóstico sindrômico de HDB no HU-UFSC no período de março de 1998 a janeiro de 2000, 7 eram do sexo masculino (43,75%) e 9 do sexo feminino (56,25%).

TABELA I - Distribuição de 16 pacientes internados com HDB no HU no período de março de 1998 a janeiro de 2000.

<b>SEXO</b>	<b>Número</b>	<b>Percentil</b>
Masculino	7	43,75
Feminino	9	56,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

### 4.2. Sinais e sintomas:

Dos 16 pacientes internados, 14 (87,5%) queixavam-se de enterorragia e os outros 2 (12,5%) astenia.

Nenhum dos pacientes queixou-se ou apresentou algum episódio de hematoquezia.

Um dos pacientes referiu hematêmese como sinal associado, e 2 deles apresentaram melena intercalando os episódios de enterorragia.

Outros sinais e sintomas apresentados são demonstrados a seguir, na tabela II.

TABELA II - Sinais e sintomas mais comuns apresentados pelos pacientes internados por HDB no período de março de 1998 a janeiro de 2000, no momento da internação.

<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
Enterorragia	14	87,5
Dor abdominal	6	37,5
Astenia	5	31,5
Vômitos	4	25
Diarréia	4	25
Emagrecimento	4	25
Síncope	2	12,5
Melena	2	12,5
Hematêmese	1	6,25
Febre	1	6,25
Sudorese	1	6,25

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

#### 4.3. Internações anteriores:

Dos 16 pacientes internados, 11 (68,75%), possuíam esta como sua primeira internação em decorrência da síndrome de HDB, sendo que 5 (31,25%) já haviam sido internados por este motivo.

Um dos pacientes teve 5 internações prévias, 2 pacientes apresentaram 2 internações e 2 apresentavam 1 internação anterior.

TABELA III - Número de internações prévias referentes à síndrome de HDB, por paciente internado no HU no período de março de 1998 a janeiro de 2000, pela mesma síndrome.

<b>INTERNAÇÕES ANTERIORES</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
Duas ou mais	3	18,75
Uma	2	12,5
Nenhuma	11	68,75
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fonte : SPP (Serviço de Prontuário do Paciente) - HU-UFSC, 2000.

#### 4.4. Comorbidades:

Dos 16 pacientes, 13 (81,25%) possuíam história positiva para doenças crônicas concomitantes à queixa de HDB. Três pacientes negavam quaisquer problemas de saúde. Destes 13 pacientes, 3 (18,75%) possuíam apenas uma doença concomitante, 5 (31,25%) tinham duas doenças e, os outros 5, tinham 3 doenças concomitantes.

Das doenças apresentadas pelos 13 pacientes internados, a maioria dos casos era constituída por doença cardiovascular (10 pacientes), 4 casos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII), 3 casos de doença reumatológica, 2 casos de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e, finalmente, 2 casos de doença neurológica.

A tabela a seguir discrimina as doenças apresentadas pela amostra agrupadas de acordo com os principais sistemas acometidos.

TABELA IV - Grupos de comorbidades apresentadas por 13 dos 16 pacientes internados por HDB, no período de março de 1998 a janeiro de 2000 no HU-UFSC.

COMORBIDADES	Número de doenças	Percentil
<b>Doenças cardiovasculares</b>	<b>15</b>	<b>57,65</b>
HAS*	7	26,90
ICC*	3	11,50
Arritmias	2	7,70
Valvulopatias	1	3,85
Aterosclerose	1	3,85
Miocardopatias	1	3,85
<b>DMII</b>	<b>4</b>	<b>15,40</b>
<b>Doenças reumatológicas</b>	<b>3</b>	<b>11,55</b>
Osteoartrose	2	7,70
Gota	1	3,85
<b>Doenças neurológicas</b>	<b>2</b>	<b>7,70</b>
Sequela de AVC*	1	3,85
Mal de Parkinson	1	3,85
<b>DPOC</b>	<b>2</b>	<b>7,70</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

\* HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; ICC = Insuficiência Cardíaca Congestiva; AVC = Acidente Vascular Cerebral.

#### 4.5. Medicções em uso:

Dos 16 pacientes internados, 12 (75%) faziam uso de alguma medicação. Destes, 1 paciente fazia uso de medicação sem orientação médica, negando comorbidade.

Dos 13 pacientes com doenças concomitantes, 2 não utilizavam qualquer tipo de medicação.

Das medicações empregadas previamente pelos pacientes, a classe mais utilizada foi a de anti-hipertensivos, sendo que 8 (50%) pacientes faziam uso dela. Quatro (25%) utilizavam antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs), um deles sem orientação médica ou para tratamento de doença reumatológica.

A relação das medicações mais utilizadas pelos pacientes encontra-se na tabela a seguir.

TABELA V - Classe de medicamentos mais utilizados por 12 dos 16 pacientes internados por HDB no período de março de 1998 a janeiro de 2000 no HU-UFSC.

<b>GRUPO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
Anti-hipertensivos	8	50
AINEs	4	25
Antianginosos	2	12,5
Cardiotônicos	2	12,5
Hipoglicemiantes orais	2	12,5
Glicocorticóides	1	6,25
Broncodilatadores	1	6,25
Outros*	4	25

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

\* Antidepressivos, ansiolíticos, derivados de morfina, hormônio tireoidiano.

#### 4.6. Quadro hemodinâmico:

Todos os pacientes necessitaram de reexpansão plasmática endovenosa, sendo que 10 pacientes (62,5%) tiveram necessidade de reposição com hemoderivados. Nestes casos, foi utilizado exclusivamente o concentrado de hemácias (CH) ou papa de hemácias. Dois pacientes receberam 1 unidade de

CH, cinco pacientes receberam 2 unidades, um paciente recebeu 3 unidades, um paciente, quatro unidades e um deles necessitou 6 unidades do hemoderivado. Em média, para cada paciente, foram utilizadas 2,5 unidades de papa de hemácias.

Foi observado que não se levava em consideração apenas os valores laboratoriais do hemograma, mas principalmente a aparência física geral do paciente e seus sinais vitais indicando descompensação hemodinâmica, dentre outros sinais ou sintomas como astenia, dispnéia, taquicardia.

#### **4.7. Exames complementares:**

Durante a internação foram realizados exames complementares de imagem em 14 (87,5%) pacientes. Dois pacientes não foram submetidos a tais exames de imagem, pois um já vinha com diagnóstico selado devido à pesquisa ambulatorial prévia; o outro paciente foi transferido para outra entidade nosológica antes que quaisquer exames pudessem ser feitos.

A endoscopia digestiva alta (EDA), o enema opaco, a colonoscopia e a retossigmoidoscopia estavam disponíveis para investigação da HDB, cabendo ao médico assistente responsável decidir sobre qual método ou métodos a serem empregados na investigação.

O exame mais realizado nos pacientes foi a colonoscopia, à qual foram submetidos 13 (81,25%) dos pacientes, sendo que 4 foram acrescidas de anátomo-patológico. O segundo exame mais realizado foi a EDA, em 7 (43,75%) pacientes, a qual não foi seguida de anátomo-patológico.

A tabela a seguir demonstra os exames realizados durante a investigação diagnóstica dos pacientes.

TABELA VI - Exames complementares realizados em 14 dos 16 pacientes internados com HDB no período de março de 1998 a janeiro de 2000 no HU - UFSC.

<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
<b>Colonoscopia</b>	<b>13</b>	<b>81,25</b>
Com biópsia	4	25
Sem biópsia	9	56,25
<b>EDA</b>	<b>7</b>	<b>43,75</b>
<b>Retossigmoidoscopia</b>	<b>3</b>	<b>18,75</b>
Com biópsia	1	6,25
Sem biópsia	2	12,5
<b>Enema opaco</b>	<b>2</b>	<b>12,5</b>

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

Dois dos exames realizados, uma colonoscopia e um enema opaco não tiveram seus laudos encontrados nos seus respectivos prontuários. Um laudo de exame de colonoscopia demonstrava padrão compatível com a normalidade, bem como 3 das EDA e 1 dos enemas realizados.

A tabela VII demonstra as imagens encontradas nos respectivos exames.

TABELA VII - Padrões de imagem encontradas nos exames complementares realizados em 14 dos 16 pacientes internados por HDB do período de março de 1998 a janeiro de 2000.

<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>	<b>Padrões de imagem</b>	<b>Número de pacientes</b>
Colonoscopia	Óstios diverticulares	8
	Pólipo	3
	Ectasias vasculares	2
	Normal	1
	Sem laudo	1
EDA	Normal	3
	Úlcerações cicatrizadas	2
	Gastrite enantematosa	1
	LAMGD*	1
Retossigmoidoscopia	Presença de coágulos	1
	Hemorróidas internas	1
	Lesão vegetante	1
Enema opaco	Normal	1
	Sem laudo	1

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

\* LAMGD = Lesão Aguda da Mucosa GastroDuodenal.

De acordo com os achados nos exames endoscópicos, era coletado material do trato digestivo para realização de exame anátomo-patológico.

Ao todo, cinco biópsias foram realizadas, quatro seguindo colonoscopia e 1 seguindo retossigmoidoscopia. Dos resultados encontrados, dois dos exames indicavam as lesões serem adenomas túbulo-vilosos, uma peça se tratava de adenocarcinoma de sigmóide e duas peças demonstravam a concomitância da lesão maligna e da benigna.

Nenhum dos exames demonstrou sangramento ativo.

#### 4.8. Diagnóstico etiológico final:

Dos pacientes internados, 7 (43,75%) tiveram como causa do sangramento a doença diverticular do cólon, sendo este o diagnóstico final mais encontrado; 3 (18,75%) tiveram como causa de sangramento, angiodisplasia; 3 pacientes tiveram como origem da perda sanguínea, adenocarcinoma de sigmóide, 1 (6,25%) com pólipos adenomatosos como causa de sangramento, e 1 deles com hemorróidas internas grau II.

Um dos pacientes que não realizaram exames complementares e foi transferido, não teve diagnóstico confirmado, já o outro paciente possuía diagnóstico ambulatorial de angiodisplasia de cólon.

TABELA VIII - Diagnóstico etiológico final da HDB apresentada pelos pacientes internados do período de março de 1998 a janeiro de 2000.

<b>DIAGNÓSTICO FINAL</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
Doença diverticular do cólon	7	43,75
Angiodisplasia do cólon*	3	18,75
Adenocarcinoma de sigmóide	3	18,75
Hemorróidas internas	1	6,25
Adenoma colônico	1	6,25
Ausência de diagnóstico	1	6,25

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

\* Um dos diagnósticos feitos a nível ambulatorial.

#### 4.9. Destino dos pacientes:

A maioria dos pacientes, após a investigação diagnóstica e terapêutica, foi encaminhada ao serviço ambulatorial, sendo que um deles havia sido submetido a cirurgia abdominal, pela presença de adenocarcinoma de sigmóide com indicação de tratamento cirúrgico.

Dos 16 pacientes, 2 (12,5%) foram encaminhados a outras entidades de saúde; um para dar prosseguimento à investigação e o outro, para cuidados paliativos, em virtude da presença de metástases hepáticas devidas a adenocarcinoma de sigmóide.

O paciente submetido à cirurgia abdominal devido ao adenocarcinoma de sigmóide foi a óbito devido à ocorrência de sepse pós-operatória.

TABELA IX - Destino final dos pacientes internados por HDB no período de março de 1998 a janeiro de 2000 no HU-UFSC.

<b>DESTINO FINAL</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
Ambulatório	13	81,25
Transferência	2	12,5
Óbito	1	6,25

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

## 5. DISCUSSÃO

Como já mencionado anteriormente, a HDB ocorre menos freqüentemente que a HDA, apesar de a incidência real não ser exatamente conhecida.

Quando o paciente procura atendimento médico em virtude desta síndrome, geralmente a simples coleta de dados da história do sangramento já sugere uma etiologia, guiando a abordagem diagnóstica e terapêutica definitiva.

Principalmente no que se refere à HDB, a origem do sangramento não está apenas relacionada à forma como se exterioriza, mas sobretudo à idade do paciente, sendo que a média de idade é de cerca de 65 anos<sup>5</sup>.

A HDB comumente se exterioriza como enterorragia, eliminação de grande quantidade de sangue vermelho rutilante via retal, podendo refletir perda massiva ou moderada. Entretanto, cerca de 10% dos pacientes com HDA, segundo DeMarkles, MP e Murphy, JR<sup>5</sup>, apresentarão este sinal como resultado de perda rápida. Alguns estudos demonstrando até 20%<sup>10</sup>.

As fezes negras, duras e de odor fétido, que caracterizam a melena, sugerem degradação bacteriana da hemoglobina intraluminal, denotando uma fonte alta de sangramento, mas pode resultar também do intestino delgado ou cólon proximal, quando a perda é de pequeno volume, ou está associada a uma motilidade colônica mais lenta.

A hematoquezia, definida como fezes envoltas por raias de sangue, ou sangue vermelho vivo de pequena monta no papel higiênico ou gotejando no vaso sanitário, sugere origem perianal ou interna ao canal anal.

Nos pacientes com idade superior aos 60 anos, deve-se ter em mente que muitas vezes o sangramento ocorre de maneira microscópica. O indivíduo

procura por atendimento devido ao fato de apresentar queixas inespecíficas, como astenia e fadiga, que traduzem manifestações de anemia ferropriva decorrente de perda sanguínea gastrintestinal. A maioria dos casos de anemia ferropriva em idosos é devida ao extravasamento sanguíneo pelo trato digestório<sup>11</sup>.

Nos pacientes acima de 60 anos, segundo muitos estudos como os de Rosen, AM e Fleischer, DE as principais causas de sangramento gastrintestinal baixo no idoso são os divertículos colônicos (ou doença diverticular do cólon) e as ectasias vasculares (ou angiodisplasias), perfazendo cerca de 40% destes casos<sup>9</sup>.

Os divertículos colônicos estão presentes em cerca de metade da população idosa, sendo que desta parcela, 20% apresentam uma perda caracteristicamente indolor, de grande volume e súbita. O sangramento para espontaneamente em 80% dos casos, com uma taxa de recidiva de 75%. A maior parte dos divertículos encontra-se do lado esquerdo, porém aqueles que possuem maior potencial de sangramento situam-se do lado direito do cólon.

As ectasias vasculares, lesões degenerativas de vasos sanguíneos previamente normais em ceco e cólon ascendente, estão presentes em cerca de 25% dos pacientes acima de 60 anos. Não estão associadas a outras lesões vasculares em pele, mucosa ou outras vísceras, porém, doença cardíaca associada é encontrada em metade dos pacientes, sendo que destes, 50% apresentam estenose aórtica. Outras doenças associadas são a insuficiência renal crônica (IRC), cirrose hepática, irradiação do trato gastrointestinal (TGI), e colagenoses vasculares<sup>9</sup>. Geralmente, o sangramento apresentado por estes pacientes é subagudo e recorrente, sendo a forma de eliminação bastante variada, como melena, enterorragia, sangramento oculto ou anemia ferropriva, de acordo com a intensidade de sangramento destas lesões.

Uma terceira causa bastante comum vista nestes pacientes geriátricos, quase que exclusiva destes é a colite isquêmica, observada em pacientes com doença vascular conhecida. Tipicamente o paciente inicia com dores abdominais súbitas em baixo ventre, antecedendo a diarréia sanguinolenta. A perda grave não é comum, mas pode ocorrer. A flexura esplênica, o cólon descendente e o sigmóide são as porções mais afetadas. De maneira geral, os episódios cessam espontaneamente.

Outros motivos de sangramento intestinal baixo no idoso, perfazendo 20% dos eventos hemorrágicos, incluem pólipos e câncer colônicos, envolvendo mudanças de hábito intestinal, e este último, emagrecimento. Principalmente em lesões distais, pois as proximais evidenciam-se por anemia ferropriva ou melena, raramente causando hemorragia aguda importante.

Outras doenças não relacionadas entre si, que mais atingem os idosos, mas também a população geral, são as hemorróidas (ou doença hemorroidária), que se apresentam por hematoquezia intermitente, geralmente associada à constipação, iniciada pelo esforço à defecação e trauma local devido à passagem de fezes endurecidas pelo canal anal. A constipação também pode causar hemorragia pelo desenvolvimento de úlceras sob massa de fezes endurecidas aderidas à mucosa retossigmóide, as chamadas úlceras estercorais. Estas últimas perfazem cerca de 5% das hemorragias gastrintestinais no idoso<sup>8</sup>.

Uma vez estando o paciente no serviço ambulatorial ou de pronto-socorro, a abordagem médica objetiva a avaliação hemodinâmica do paciente, seguida da estabilização deste. Para tanto, é de suma importância o exame físico geral e acompanhamento dos sinais vitais. Também se deve cessar a hemorragia ativa, avaliar riscos e prevenir uma possível recorrência.

Vencida esta etapa no atendimento ao paciente, cabe ao médico encarar o desafio de estabelecer a lesão e o local responsável pelo sangramento, dentre uma ampla variedade de entidades clínicas passíveis de gerar tais perdas.

Como já levantado anteriormente, a grande maioria é oriunda dos cólons, entretanto, existe aquela parcela de pacientes em que os episódios são provenientes do intestino delgado e das vias gastrintestinais altas, sobretudo de úlceras do bulbo duodenal<sup>12</sup>, fazendo-se necessária, portanto, a realização de condutas que confirmem ou descartem uma origem superior da hemorragia. Isto é conseguido através da passagem de uma sonda nasogástrica (SNG) para lavagem gástrica, ou mais fidedignamente, realizando-se uma EDA. A SNG afasta um ponto alto de sangramento quando houver a presença de bile no líquido drenado, sem que este venha acompanhado de sangue evidente, vivo ou já parcialmente digerido (“borra de café”). Não existindo sangue neste exame, porém também não havendo bile no interior da sonda, ainda assim não se pode descartar uma lesão duodenal responsável pelo sangramento<sup>10</sup>.

A anosscopia, o toque retal e a retossigmoidoscopia são exames mandatórios a serem feitos num paciente com sangramento retal. Podem demonstrar lesões tais como hemorróidas, fissuras anais, úlceras ou massas retais. No entanto o achado destes problemas não deve fazer com que a propedêutica pare neste ponto, particularmente no que se refere ao idoso, que pode apresentar outras doenças subjacentes<sup>10</sup>.

Alguns autores, como Rosen, AM e Fleischer, DE afirmam que a passagem de SNG ou a realização de EDA devam ser feitas em todos os pacientes, já Peterson, WL e Laine, L dizem que tais exames são feitos quando anosscopia, toque retal e retossigmoidoscopia não revelam a provável etiologia do sangramento. Porém estes mesmos autores afirmam que a presença de lesões retais que não estejam sangrando não devem deter o profissional de seguir na busca de uma fonte mais proximal de sangramento, sobremaneira naqueles com idade superior a 40 anos.

O roteiro diagnóstico prossegue com outros exames de imagem direta e com contraste. Se não existe sangramento ativo no momento do exame, pode-se

realizar um enema baritado (enema opaco ou clister opaco), bom exame para detectar pólipos e divertículos. No entanto, se existem sinais de sangramento ativo, de pequena intensidade, a colonoscopia é o exame de escolha. Isto porque o enema não detecta lesões vasculares, causa freqüente de HDB, não detecta a presença de lesões malignas, não possibilita a biópsia naquelas lesões suspeitas, além do que a colonoscopia pode garantir a resolução do gerador do sangramento. Este exame será realizado naqueles pacientes cujo sangramento cessou ou é muito lento, sendo que ele requer preparo intestinal prévio, para que toda a mucosa seja bem exposta e lesões como ectasias vasculares e colites sejam vistas, massas ou vegetações biopsiadas.

Exames mais invasivos, que demandam uso de contraste endovenoso, podem ser solicitados nos casos em que existe sangramento ativo importante, como a angiografia e a cintilografia com uso da hemácias marcadas, pela sua maior precisão diagnóstica. A angiografia pode ainda permitir a resolução do motivo do sangramento. As principais lesões diagnosticadas por meio da angiografia são os divertículos e a angiodisplasia. Ela é considerada mais confiável em relação à cintilografia. Este exame, em cerca de 30% dos casos de sangramento colônico, não determina a zona de sangramento. Cerca de 40% das cintilografias, erroneamente determinam o local da perda<sup>13</sup>. Todavia, este exame pode monitorar recidivas, já que o contraste é eliminado lentamente do organismo.

Apesar de todo este roteiro de pesquisa diagnóstica, cerca de 5% dos casos permanecem com o sítio de sangramento desconhecido, sendo desproporcionalmente mais prevalente no idoso. Estes casos, não raros, tem a sua origem no intestino delgado, sendo que tanto a angiografia como a cintilografia podem colaborar para o achado da causa, salvo as suas limitações já citadas. Além destes, outros exames, como a enteróclise, ou enema do intestino

delgado por meio de instilação de contraste no interior de uma sonda nasoduodenal, e a enteroscopia avaliam muito bem até o jejuno<sup>12</sup>.

Carqueja, CL em seu Trabalho de Conclusão de Curso, afirma que a procura da população idosa por atendimento de saúde, vem aumentando em frequência e nível de complexidade, sendo que 34,68% dos leitos das enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC eram ocupados por esta faixa etária<sup>14</sup>. No entanto, a amostra de pacientes ocupando os leitos devido ao diagnóstico de HDB dado no momento de internação foi de 16 pacientes em dois anos.

Segundo Carqueja, CL as queixas gastrintestinais que motivariam uma internação perfazeriam apenas 5,93% do total, sendo que a principal causa seriam as queixas cardiovasculares (36,44%), seguidas pelas pulmonares (14,83%).

O que pode ser observado durante a verificação dos registros de pacientes internados nas enfermarias foi a maior frequência de HDA nos pacientes, não só geriátricos, o que estaria de acordo com a literatura, porém isto estaria fora dos objetivos deste trabalho<sup>9,12,16,17</sup>.

Na maior parte das vezes a HDB, notadamente na população mais velha, ocorre de maneira intermitente ou microscópica, o que protela a procura do paciente aos serviços de saúde.

Constatou-se nesta amostra que todos os sintomas apresentados pelos pacientes, com exceção de síncope e febre, que foram isolados, eram intermitentes e possuíam certa cronicidade, não determinada, sendo que 31,25% das pessoas já haviam sido internadas pelos mesmos motivos. A maioria dos pacientes apresentava aquela como a sua primeira internação (68,75%).

Nenhuma referência bibliográfica tratava de distribuição da HDB segundo o sexo, sendo que a maioria deles afirmava existir igual ocorrência de sangramento em ambos os sexos na doença diverticular do cólon e na

angiodisplasia<sup>5-9,15,19</sup>. Apenas Dani, R e Castro, LP afirmavam uma tendência atual de sangramento por divertículos colônicos mais prevalente em mulheres, porém este trabalho não demonstrou nenhum dado estatístico<sup>17</sup>.

Segundo a literatura na qual se baseia este trabalho, tanto a HDA como a HDB podem ser mínimas ou intensas, apresentando-se das formas mais diversas; contudo, a enterorragia é o sintoma e sinal mais freqüente e indicativo de sangramento gastrointestinal distal ao ângulo de Treitz<sup>12,20,21</sup>. Nesta série, a enterorragia manifestou-se como o sinal clínico mais freqüente (87,5%). Como já referido anteriormente, vale lembrar que a maneira como o sangramento intestinal se exterioriza depende da extensão, do volume, da localização e da velocidade da hemorragia, bem como da presença de comorbidades e do uso de drogas.

Portanto, concordando com nossa base teórica, outros sinais de sangramento foram encontrados nos pacientes que compuseram a amostra, como melena, hematêmese e sangue oculto nas fezes. Adicionam-se a estes dor abdominal, astenia, síncope, febre, sudorese, vômitos, diarréia e emagrecimento, que puderam ser relacionados com aquela síndrome abdominal.

Das comorbidades apresentadas pelos pacientes, a maioria delas era do grupo das cardiovasculares (57,65%), estando de acordo com o trabalho de Carqueja, CL, que mostra incidência de 36,44% nos pacientes idosos internados, sendo tal grupo o mais prevalente dentre as comorbidades<sup>14,22</sup>. As doenças pulmonares constituíam 14,83% das comorbidades; 11,44% eram doenças endócrino-metabólicas e 1,27%, osteoarticulares. Em nosso trabalho, o DMII, doença endócrino-metabólica exclusivamente apresentada pelos pacientes, constituiu 15,40%; as doenças osteomusculares 7,7% e as pulmonares (DPOC) 7,7%, discordando do trabalho acima, que ainda relatou miscelânea como o segundo grupo de doenças mais freqüentes (21,19%), tal grupo ficando sem descrição de doenças.

A principal classe de medicamentos utilizados previamente à internação pelos pacientes foi a de anti-hipertensivos (50% da amostra a utilizava). Os AINEs, classe de medicamentos que poderia ser a responsável por alguma forma de eliminação hemática, ou por, pelo menos, intervenção no mecanismo de hemostasia dos pacientes foram utilizados por 25% da amostra, sendo que não se conseguiu estabelecer correlação com os sintomas ou lesões gastrintestinais distais ao bulbo duodenal. A literatura abordada cita o uso desta classe como possível causa de HDA, devido à inibição de prostaglandinas, garantia de proteção da mucosa gastroduodenal<sup>10</sup>.

A estabilização hemodinâmica, quando necessária, faz-se pela utilização de cristalóides, na maior parte das vezes, ou por hemoderivados, como o CH no caso de reduzido hematócrito, plasma fresco, se houver deficiência dos fatores de coagulação, ou concentrado de plaquetas (CP) se plaquetopenia importante<sup>10</sup>. Neste trabalho, como procedimento de emergência, todos os pacientes necessitaram de reposição volêmica com cristalóides; 10 deles (62,5%) durante o período de internação tiveram de ser transfundidos com CH, cada um destes, recebendo, em média, 2,5 unidades, o que demonstrou que os pacientes idosos, pelas comorbidades apresentadas tem seu estado geral comprometido mais facilmente.

Pode-se observar que a metodologia seguida pelo meio acadêmico que caracteriza o HU, um hospital-escola, seguiu o padrão preconizado pela literatura mundial, exceção feita à angiografia e à cintilografia, primeiro, pela indisponibilidade de tais modalidades diagnósticas no serviço e na dificuldade que o serviço tem de profissionais de prestação exclusiva de serviço a esta entidade, além do que aqueles só são realizados na presença de sangramento ativo, o que não foi constatado em nenhum dos pacientes<sup>5,8,9,11,17,18</sup>. Outro procedimento não realizado em nenhum dos pacientes foi a passagem de SNG para verificação do trato digestivo alto.

Dos exames complementares realizados, a colonoscopia demonstrou como mais freqüentes os divertículos colônicos, seguindo-se os pólipos, sendo que nestes casos simultaneamente era coletada a lesão, sendo que uma delas apresentou positividade para malignidade. Por fim, em terceiro na ordem de freqüência, as ectasias vasculares, o que pode ser conferido na literatura.

A EDA realizada descartou qualquer origem superior de sangramento, porém este exame não foi realizado em todos os pacientes, o que seria esperado, uma vez que não se procedeu a introdução de SNG neles. A LAMGD descrita em uma das EDA não apresentava sinal de sangramento atual ou recente, por isso, mesmo sendo uma lesão passível de sangrar, foi descartada.

A retossigmoidoscopia foi realizada em somente 3 dos pacientes, o que contraria o esquema investigativo elaborado por muitos autores, como Rosen, AM; Fleischer DE e DeMarkles, MP; Murphy, JR que utilizariam tal exame da mesma forma que um simples toque retal. Dos pacientes submetidos àquele exame, nenhum sinal de sangramento foi evidenciado neste ponto do cólon distal.

Dos enemas opacos, procedidos em 2 pacientes, nenhum deles evidenciou lesões que pudessem ser consideradas responsáveis pela perda sangüínea.

As principais etiologias apresentadas pelos pacientes foram aquelas típicas do envelhecimento, como divertículos colônicos, de maior prevalência, angiodisplasia e adenocarcinoma de sigmóide, igualmente em segundo lugar. Segundo literatura especializada, as duas primeiras estão entre as duas maiores responsáveis por sangramento digestivo baixo em idosos. Pólipo colônico, uma outra lesão típica de idosos, e hemorróidas, causa muito comum de sangramento de baixa intensidade em todas as idades, mas principalmente em indivíduos mais jovens, também foram encontradas.

Um paciente permaneceu sem diagnóstico, porém este não pode ser caracterizado como sangramento de origem obscura, já que ele foi transferido a uma outra entidade<sup>10,11</sup>.

Sobre o destino dos pacientes da amostra, seria de se esperar uma maior mortalidade, em virtude de um grande número de comorbidades, porém apenas um paciente veio a falecer em virtude de choque séptico pós-operatório de hemicolectomia por adenocarcinoma, sendo que, indiretamente, talvez pudesse se considerar a hemorragia digestiva baixa como um "contribuinte" para tal fato. DeMarkles, MP e Murphy, JR afirmam que a mortalidade é mais alta entre os pacientes com sangramento recorrente (25%) ou persistente, mas tem diminuído nas últimas décadas em virtude do aprimoramento das técnicas de diagnóstico, que permitem uma localização mais precisa das lesões e intervenção terapêutica mais precoce. O estudo de Leitman, IM; Paull, DE; Shires, GT demonstrou 20% de óbitos por HDB massiva, sendo a média de idade dos pacientes de 65,5 anos, admitidos na emergência com choque hipovolêmico, necessitando de 6,4 unidades de CH, sendo que a etiologia do sangramento nos pacientes deste estudo compreendia os divertículos colônicos e as ectasias vasculares.

Comparando-se os idosos internados no HU, percebe-se uma menor descompensação hemodinâmica destes pacientes, haja vista que eles necessitaram de um menor volume de hemotransfusão, além do que, uma baixa porcentagem da amostra foi óbito, mesmo que indiretamente, por HDB (6,25%).

Tendo em vista os achados deste trabalho realizado, sugere-se o estabelecimento de uma rotina diagnóstica e terapêutica não só nos pacientes idosos e que se apresentam na emergência com queixa de HDB, mas qualquer paciente, independente de faixa etária, que também apresente HDA, para que muitas lesões não passem despercebidas e acabem acarretando uma piora no quadro do paciente. Ademais, por tratar-se de um hospital-escola, tal

metodologia empregada aumentaria a qualidade do serviço e se prestaria para o treinamento e aprendizado dos futuros médicos generalistas e especialistas, que atendem à comunidade nesta entidade.

## 6. CONCLUSÕES

Através dos dados analisados neste estudo, pode-se fazer as seguintes afirmações:

1. a enterorragia intermitente e crônica é um sinal preditivo importante e muito freqüente em pacientes geriátricos com queixa de HDB, contudo, muitos outros sinais e sintomas podem surgir como queixa principal nesta síndrome;
2. a HDB ocorre em igual freqüência entre homens e mulheres;
3. a presença de comorbidades é bastante freqüente em pacientes idosos, sobretudo as cardiovasculares;
4. não existe relação de uso de AINEs e a ocorrência de HDB;
5. a principal etiologia de sangramento foi a doença diverticular do cólon, seguida de angiodisplasia e adenocarcinoma do sigmóide, mais comuns na população idosa;
6. a HDB em pacientes idosos, muito embora leve à descompensação hemodinâmica devido a comorbidades existentes, dificilmente é causa de óbito nos pacientes;
7. a colonoscopia, seguida de biópsia é um exame confiável para o estabelecimento do diagnóstico etiológico da perda sanguínea baixa.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumarã; 1994.
2. Saieg MA. A vida após os 80 anos de idade. Arquivos de Geriatria e Gerontologia 1996; 0(0): 5-8.
3. Rapier RC. Gastrointestinal problems on the elderly. In: Grendell JH, McQuaid KR, Friedman SL, editors. Current: diagnosis & treatment in gastroenterology. New Jersey: Prentice Hall; 1996. p. 164-78.
4. Cunha UGV. Alterações gastroenterológicas no idoso. In: Dani R, Castro LP, editores. Gastroenterologia Clínica. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993 vol 2. p. 1856-69.
5. DeMarkles MP, Murphy JR. Hemorragia gastrintestinal baixa aguda. Clínicas Médicas da América do Norte 1993; 5:1167-82.
6. Ornellas AT, Ornellas LC, Souza AFM, Gaburri PD. Hemorragia digestiva aguda alta e baixa. In: Dani R, editor. Gastroenterologia Essencial. 1ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 3-7.
7. Reinus JF, Brandt LJ. Ectasias vasculares e diverticulose: causas comuns de sangramento intestinal baixo. Clínicas de Gastroenterologia da América do Norte 1994; 1:1-20.
8. Reinus JF, Brandt LJ. Sangramento digestivo alto e baixo no idoso. Clínicas de Gastroenterologia da América do Norte 1990; 2:305-32.
9. Rosen AM, Fleischer DE. Lower gastrointestinal bleeding: updated diagnosis and management. Geriatrics 1989; 44(3):49-60.
10. Peterson WL, Laine L. Gastrointestinal bleeding. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, editors. Gastrointestinal

- Diseases: pathophysiology/diagnosis/management. 5<sup>a</sup>ed. Philadelphia: Saunders; 1993 vol 1. p. 162-92.
11. Kepczyk T, Kadakia SC. Prospective evaluation of gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. *Dig Dis Sci* 1995; 40(6):1283-9.
  12. Cello JP. Hemorragia digestiva. In: Bennett JC, Plum F, editores. *Cecil-Tratado de Medicina Interna*. 20<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997 vol 1. p. 709-13.
  13. Boley SJ, DiBiase A, Brandt LJ. Lower Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Am J Surg* 1979; 137:57.
  14. Carqueja CL. Detecção de problemas clínico-sociais de pacientes geriátricos internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário. [Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994. 34p.
  15. Nath RL, Serqueira JC, Weitzman AF, Birkitt DH, Williams LF. Lower gastrointestinal bleeding: diagnostic approach and management conclusions. *Am J Surg* 1981; 141: 478-81.
  16. Leitman IM, Paull DE, Shires GT. Evaluation and management of massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Ann Surg* 1989; 209(2): 175-80.
  17. Dani R, Castro LP. *Gastroenterologia Clínica*. 3<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993 vol 1.
  18. Coelho RCU, Li YF. Hemorragia digestiva baixa. In: Coelho RCU, editor. *Aparelho digestivo: clínica e cirurgia*. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996. p.729-33.
  19. Spencer J. Lower gastrointestinal bleeding. *Br J Surg* 1989; 76:3-4.
  20. Savides TJ, Jensen DM. Acute lower gastrointestinal bleeding. In: Greendell JH, McQuaid KR, Friedman SL, Editors. *Current: diagnosis & treatment in gastroenterology*. New Jersey: Prentice Hall; 1996. p. 61-72.

21. Rockey DC. Chronic gastrointestinal bleeding. In: Greendell JH, McQuaid KR, Friedman SL, editors. *Current: diagnosis & treatment in gastroenterology*. New Jersey: Prentice Hall; 1996. p. 73-85.
22. Boechat NS. Síndromes de hospitalização do idoso. In: *No envelhecimento... o que queremos?* Rio de Janeiro: Frontes/Editorial; 1999. p. 53-62.
23. Wallach CB, Kurtz RC. Câncer gastrointestinal no idoso. *Clínicas de Gastroenterologia da América do Norte* 1990; 2:405-18.
24. Cheskin LJ, Bohlman M, Schuster MM. Doença diverticular no idoso. *Clínicas de Gastroenterologia da América do Norte* 1990; 2:405-18.
25. Miller LS, Barbaverech C, Friedman LS. Causas menos frequentes de sangramento gastrointestinal baixo. *Clínicas de Gastroenterologia da América do Norte* 1994; 1:21-52.
26. Richter JM. Sangramento gastrointestinal oculto. *Clínicas de Gastroenterologia da América do Norte* 1994; 1:53-66.
27. Lewis BS. Sangramento do intestino delgado. *Clínicas de Gastroenterologia da América do Norte* 1994; 1:67-88.
28. Rosenthal RA. Small bowel disorders and abdominal wall hernia in the elderly patient. *Surg Clin North Am* 1994; 74(2):261-91.
29. Shoji BT, Becker JM. Colorectal disease in the elderly patient. *Surg Clin North Am* 1994; 74(2):293-316.

## **8. NORMAS ADOTADAS**

Neste trabalho foram adotadas as normas para trabalhos científicos conforme a segunda edição da Resolução nº001/99 do Colegiado do Curso em Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

## 9.RESUMO

O envelhecimento populacional tem levado um número cada vez maior de idosos a procurar atendimento médico em casos eletivos ou de urgência. Isto obriga uma maior especialização dos profissionais de saúde em Geriatria e Gerontologia.

Apesar de pouco freqüente, a hemorragia digestiva baixa é um problema comum e leva muitas pessoas à admissão hospitalar de emergência.

Objetiva-se verificar aspectos relevantes desta síndrome nos pacientes maiores de sessenta anos levados à internação no Hospital Universitário. Foi analisado o histórico de saúde e evolução de dezesseis pacientes admitidos com aquele diagnóstico sindrômico. Estudou-se sexo, sinais e sintomas, internações anteriores pela síndrome, comorbidades, medicações em uso, quadro hemodinâmico, exames complementares, diagnóstico etiológico e óbitos.

Observou-se hemorragia digestiva baixa em sete homens e nove mulheres, sendo que a enterorragia foi sinal apresentado por quatorze pacientes, e os outros dois, tinham presença de sangue oculto nas fezes.

A maioria tinha aquela como primeira internação.

Como comorbidades, as doenças cardiovasculares foram as mais prevalentes. Não se observou relação entre o uso de medicações e a incidência do sangramento.

Concluiu-se que a hemorragia digestiva baixa ocorre igualmente em ambos os sexos, geralmente exteriorizada como enterorragia, sendo que nos idosos leva facilmente à descompensação hemodinâmica.

A principal etiologia é a doença diverticular do cólon, sendo a colonoscopia o exame de escolha para o diagnóstico de tal patologia.

## 10. SUMMARY

The aging of the whole population is responsible to send a great number of old people to medical services, in emergency or elective cases. This fact obligates a major improvement by medical professionals in Geriatrics and Gerontology.

Despite of being less frequent, lower gastrointestinal bleeding (LGB) is a common medical problem and needs hospitalar urgent care in many cases.

The aim of this research is to know important aspects of this syndrome in elderly patients. The health history and evolution of sixteen patients hospitalized because that syndrome at HU-UFSC was analyzed. We studied the gender of the patients, signals and symptoms presented, diseases and used medicine, hemodynamic aspects, complementary exams, etiology and death occurrency.

It was noticed that seven men and nine women had that syndrome, the hematochezia was the signal presented by fourteen patients, and two patients had occult blood on stools.

Eleven patients never were hospitalized because of LGB.

The cardiovascular diseases were the most common comorbidities. It wasn't seen an association between use of medication and occurrency of the bleeding.

Lower gastrointestinal bleeding occurs at the same proportion in both sex, and is manifested commonly by hematoquezia, and the elderly people, frequently has hemodynamical descompensation.

The most common disease seen in this patients was diverticulosis, and the colonoscopy was the first exam used on this dyagnosis.

# 11. APÊNDICE

## 11.1. Protocolo para coleta de dados:

1. idade (acima de 60 anos);
2. sexo;
3. cor;
4. manifestação principal (relacionada à síndrome de HDB);
5. sintomas associados;
6. comorbidades;
7. medicações em uso;
8. hábitos (etilismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas);
9. internações anteriores (relacionadas à mesma síndrome);
10. procedência (emergência, ambulatório, encaminhamento);
11. tempo de internação;
12. terapia com hemoderivados;
13. exames complementares de imagem realizados;
14. achados histopatológicos;
15. diagnóstico etiológico final;
16. destino dos pacientes (óbito, transferência, ambulatório).

## 11.2. Outros resultados:

### 11.2.1. Raça:

TABELA X - Distribuição dos pacientes internados por HDB de março de 1998 a janeiro de 2000 no HU-UFSC, segundo a cor.

<b>RAÇA</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
Branca	15	93,75
Negra	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

### 11.2.2. Faixa etária:

Dos 16 pacientes internados, 6 (37,5%), tinham entre 60 e 69 anos de idade, e 6, entre 80 e 89 anos, sendo estas, as faixas de idade mais acometidas.

A média de idade dos pacientes foi de 75,85 anos.

TABELA XI - Distribuição dos pacientes internados por HDB no período de março de 1998 a janeiro de 2000 no HU-UFSC, segundo a faixa etária.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>percentil</b>
60-69 anos	6	37,5
70-79 anos	3	18,75
80-89 anos	6	37,5
90-99 anos	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

### 11.2.3. Origem dos pacientes:

Dos 16 pacientes internados, 11 (68,75%) deles, realizaram sua internação via atendimento de emergência, e 5 (31,25%), provinham do serviço ambulatorial do HU-UFSC.

TABELA XII - Origem dos pacientes internados por HDB do período de março de 1998 a janeiro de 2000 no HU-UFSC.

<b>ORIGEM DOS PACIENTES</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
Ambulatório	5	31,25
Emergência	11	68,75
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

#### 11.2.4. Hábitos de vida:

Dos 16 pacientes internados, 5 (31,25%) apresentavam como hábitos, o etilismo e/ou o tabagismo. Os outros 11 (68,75%) tinham história negativa para tais hábitos.

TABELA XIII - Hábitos de vida referidos pelos pacientes internados por HDB do período de março de 1998 a janeiro de 2000 no HU-UFSC.

<b>HÁBITOS</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Percentil</b>
Etilismo	1	6,25
Tabagismo	2	12,5
Etilismo e tabagismo	2	12,5
Sem hábitos	11	68,75
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SPP - HU-UFSC, 2000.

#### 11.2.5. Período de internação:

O período de tempo da internação dos pacientes foi bastante variável, entre 1 até 49 dias de internação, sendo a média de tempo de cerca de 12,6 dias por paciente.

Nenhum dos pacientes apresentou recorrência do sangramento gastrintestinal durante a internação.

São dados importantes de serem relatados, cirurgias anteriores à internação a que foram submetidos 3 dos 16 pacientes. Um deles sofreu tireoidectomia devido a um nódulo de tireóide, um segundo paciente sofreu exérese de carcinoma de bexiga com posterior radioterapia, e o terceiro, hemorroidectomia.

**TCC  
UFSC  
CM  
0437**

**N.Cham. TCC UFSC CM 0437**

**Autor: Rodrigues, Ana Clá**

**Título: Aspectos clínicos da hemorragia**



972808830

Ac. 253586

**Ex.1**

**Ex.1 UFSC BSCCSM**